



TITLE:

排尿困難を伴ったGartner管嚢腫の1例

AUTHOR(S):

臼田, 和正; 田口, 裕功; 山田, 哲夫

CITATION:

臼田, 和正 ...[et al]. 排尿困難を伴ったGartner管嚢腫の1例. 泌尿器科紀要 1981, 27(4): 433-436

ISSUE DATE:

1981-04

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/122863>

RIGHT:

排尿困難を伴った Gartner 管嚢腫の1例

国立相模原病院泌尿器科

臼 田 和 正

田 口 裕 功

山 田 哲 夫

A CASE OF GARTNER'S DUCT CYST ASSOCIATED WITH DYSURIA

Kazumasa USUDA, Hirokazu TAGUCHI and Tetsuo YAMADA

From the Department of Urology, Sagami National Hospital (Director: H. Taguchi)

A case of Gartner's duct cyst was presented. A 44-year-old woman was admitted to our clinic because of dysuria and inability of coitus. Physical examination revealed a pigeon egg sized cystic mass around the urethra in the shape of horseshoe. Excretory urogram and voiding cystourethrogram showed normal urinary tract. No connection was recognized between the urethra and the cyst. A transvaginal resection of the cyst was performed. The cyst adhered firmly to the periurethral connective tissue. All the cyst wall was resected without a cord-like substance toward the cervix. Histological examination showed a single layer of cuboidal or columnar epithelium lining the cyst wall, which is compatible with Gartner's duct cyst. Dysuria disappeared and sexual intercourse was of no trouble postoperatively. Neither incontinence nor urinary fistula formation were observed for 2 years.

緒 言

Gartner 管嚢腫とは、胎生期における Wolff 管(中腎管, mesonephric duct) の遺残物が嚢腫状に変化したものである^{1,2)}。子宮および陰壁の嚢腫として触知し比較的多くみられる^{3,4)}。しかし排尿障害や性交不能であることは少ない。著者は尿道に対する圧迫刺激のため排尿困難と性交時の障害を訴える Gartner 管嚢腫に対し、尿道括約筋の損傷に注意して嚢腫を摘出した。その後尿失禁や排尿困難もなく性交可能となった1症例を経験した。この自験例を報告するとともに若干の文献的考察を加えた。

I. 症 例

患者：44歳，経産婦，分娩回数3回。

初診：1978年9月11日

主訴：排尿困難，排尿時痛，性交不可能。

既往歴：子宮内容掻爬術を計12回経験し，1963年に卵管結紮術を施行された。

家族歴：特別記載することがない。

現病歴：1977年9月頃より排尿困難，および，残尿感が出現した。同年11月頃より性交時痛があり性交不能となり，さらに排尿後痛が加わり某産婦人科医を受診した。陰前壁部に小腫物を指摘されたが投薬にて症状は一時改善した。1978年8月頃より再度排尿困難と排尿後痛が出現したため当科を紹介された。

現症：身長 154 cm，体重 60 kg，血圧 118/86 mm Hg，脈搏84/分，整。体温 36.2°C。腹部は平坦で下腹部正中に小手術創がある。外陰部および外尿道口部は視診上異常なし。陰部から約 2 cm の陰前壁より子宮口に至る鳩卵大で圧痛を有する腫物を触知した。表面は平滑で波動を呈した。同部を圧迫しても外尿道口より排膿などの所見はみられなかった。

入院時検査成績 尿所見：蛋白（－），糖（－），沈査：1視野に白血球 1～2 個，赤血球，（－），円柱（－）。尿中一般細菌培養（－）。血液所見：血色素 13.5 g/dl，血球数 $412 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，ヘマトクリット 40.5%，白血球数 $5,600/\text{mm}^3$ ，血小板数 $15.8 \times 10^4/\text{mm}^3$ 。出血時間 1分30秒，凝固時間 8分。梅毒血清反応（－），CRP（－）。総蛋白 6.3 g/dl，GOT 25 U，

GPT 33 U, Al-P 5.0 U, LDH 171 U, 総コレステロール 162 mg/dl, 空腹時血糖値 100 mg/dl, 血液尿素窒素 14 mg/dl, クレアチニン 0.9 mg/dl, ナトリウム 148 mEq/L, カリウム 3.3 mEq/L, クロール 108 mEq/L. 腎機能検査 ; PSP 15 分値 30 %, 120 分合計値 57 %濃縮試験 1.031. 膀胱尿道鏡検査 : 膀胱頸部に軽度の小水胞性変化あり, ほかに異常を認めなかった. X線検査 : 腎膀胱部単純撮影では異常石灰化像を認めない. 排泄性腎盂造影, 膀胱造影および排尿時尿造影でも異常はみられなかった. 膣前壁部の腫瘍を穿刺したところ, 淡黄色透明で粘調性のない液体が少量貯留していた. 嚢腫造影により嚢腫は尿道と交通なく, 尿道のほぼ全周を取り囲む馬蹄形を呈した. また嚢腫の辺縁は比較的平滑で単房性と考えられた (Fig. 1).

手術所見 : 1978年10月16日, 腰椎麻酔下碎石位で嚢腫摘除術を施行した. 手術に先立ちバルーンカテーテルを膀胱内に留置し, これを牽引しながら施行した. 嚢腫直上の膣粘膜に縦切開を加えた. 嚢腫は膣粘膜下および尿道周囲の結合織と癒着しており剥離は困難であった. しかし尿道括約筋の損傷に注意しながら剥離を続けた. 剥離摘作中, 嚢腫壁が破れ暗赤色の粘調性液体が少量流出した. 嚢腫腔は尿道と交通を認めず, 尿道の周囲を囲むごとく約 5 cm 長の馬蹄形を呈していた. 嚢腫壁は子宮に近い膀胱側で境界不明瞭の索状物となって連続しており, 嚢腫壁のみ結紮切除した. 嚢腫摘除後クロミックカットグードにて2層に膣壁を縫合した.

術後経過 : 順調で8日目にバルーンカテーテルを抜去した. その後尿失禁や排尿障害は全く認められず, 術後26日目に軽快退院した. 退院直前の排尿時尿道造

影にても異常はなかった. 術後満2年以上を経過するが排尿困難・尿失禁は出現せず, さらに性行為も円滑に行なわれている. また嚢腫の再発もない.

摘出標本 : 嚢腫壁外面は癒着のため粗であり, 内面は暗赤色で軽度の凹凸があった. 組織学的検査 (Fig. 2) では嚢腫上皮は軽度の波状を呈し, 主として一層の立方ないし円柱上皮で覆われていた. 一部には薄い扁平

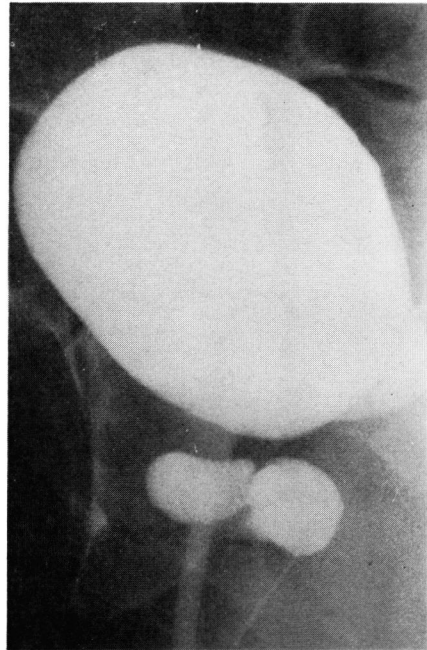


Fig. 1. Cyst injected with contrast medium by means of needle through vaginal mucosa. A horseshoe shaped cystic mass is revealed (oblique view).

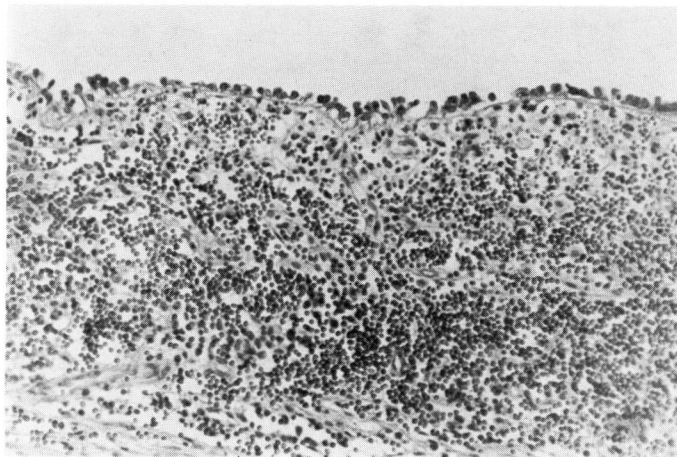


Fig. 2. Microscopic view shows a single layer of cuboidal epithelium lining the cyst wall.
H & E stain ($\times 100$)

Table 1. 尿路症状を主訴とした腔部 Gartner 管嚢腫本邦報告例

報告者	年齢	主 訴	嚢腫 位 置	大きさ・性状	尿路との関連	文 献
東 原 上 野	21	生来の尿失禁	右側円蓋部	拇指頭大	右腎發育不全 尿管開口異常	臨 泌, 27:798-799, 1973
北村.他	51	頻 尿	腔 前 壁	超鶏卵大、腔口 より突出	膀 胱 瘤	日泌尿会誌, 66:115, 1975 臨 泌, 29:387-391, 1975
神 田 長谷川	52	尿 閉	尿道周囲か ら膀胱頸部	膀胱頸部右側の より上り	尿閉, 水腎症	日泌尿会誌, 68:107, 1977
自験例	44	排尿困難	腔前壁	鳩卵大、上方索状	尿道後壁半周 を包囲	日泌尿会誌, 70:818, 1980

上皮もみられた。上皮細胞の脱落変性が局所であり、上皮下結合織に出血性変化およびリンパ球などの浸潤している部分もみられた。嚢腫壁の外面部は線維組織で占められ、一部に平滑筋も認められた。この平滑筋組織が嚢腫壁自体か否かの確認はできなかった。上記の嚢腫上皮所見は Gartner 管の上皮と一致すると考えられた。

II. 考 察

Gartner 管は Wolff 管の遺残物で、その走行は Fig. 3 のごとく卵巣上体および卵巣旁体より発し、子宮広間膜を通り子宮の外側に沿って下降する。腔では前側壁に沿って下降し、バルトリン腺開口部付近で終る³⁾。成人女性における Gartner 管の遺残率は約 20% であるとの報告もある⁴⁾。それらはその性質から婦人科領域で多く認められているが^{2,3)}、Gartner 管が子宮腔部において嚢胞変性したものは比較的稀である。Gartner 管嚢腫の大きさは直径 2 cm 以下が普通で無症候性である。稀に腔や骨盤腔へ突出圧排を示す程度に増大するものもある^{3,5)}。この嚢腫が尿路症状を呈したり性生活を不可能とした症例はわずかに報告されるのみである。尿路症状を呈した腔部 Gartner 管嚢腫の本邦報告例をまとめると Table 1 のごとくなる。

本症における尿路症状は、尿管・膀胱および尿道への圧迫によるものと、尿路奇行との合併によるものとに大別される。尿路圧迫による水腎症や膀胱圧迫刺激症状、さらに尿道圧迫による尿閉も報告されている^{1,5,6)}。尿路との交通性がなくとも尿流停滞により尿路感染を伴うこともある⁵⁾。自験例は膀胱尿道刺激症状を呈していたが、それは嚢腫自体の圧迫と感染によるものと考えられた。本症に合併する尿路奇型は、發育不全腎や尿路開口異常などの報告がみられる^{1,5,7)}。

鑑別診断は、異所性尿管瘤・膀胱脱・尿道憩室・尿道および傍尿道腫瘍・腔嚢腫などがあげられる⁸⁾。自

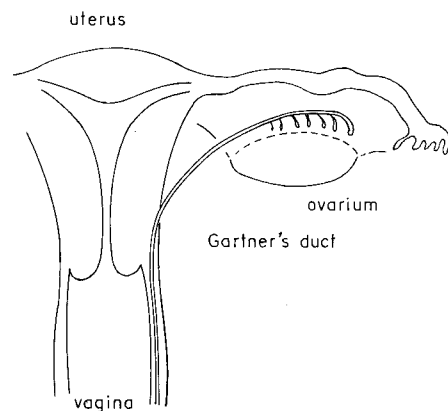


Fig. 3. Diagram showing the relations of Gartner's duct cyst to pelvic organs.

験例は膀胱鏡を含めた泌尿器科的検査や X 線学的検査、さらに摘出物の組織学的検査より鑑別診断は容易であった。

組織学的に上皮は単層の立方ないし円柱細胞で覆われる²⁾。自験例のごとく重層扁平上皮を一部に認めた症例もある³⁾。上皮細胞はほとんどの例で絨毛を認めるが、粘液産生に関しては不明である^{2,3)}。自験例においては絨毛および粘液産生は確認されていない。また上皮細胞配列の不整がところどころにみられたが、分娩や子宮内容掻爬術および性行為などの頻繁な刺激が嚢腫に炎症をもたらしたものととも考えられた。本症の悪性化例も報告されているが^{2,9,10)}、われわれの症例では悪性所見はなかった。

女性の尿道は短く、当然尿道括約筋は男性と比較して発達は弱い。このため分娩を経験した女性は、一定の条件下では容易に失禁するものである。そのためわれわれの症例のごとく尿道のほとんど全周を囲む大きな嚢腫の摘出に際しては、特に尿道括約筋の損傷に注意して、尿失禁の出現を防ぐことが重要である。さら

に、膀胱頸部を損傷させ、膀胱陰痿を起こす可能性も念頭におかねばならない。加うるに、この嚢腫は胎生期遺物に共通するものとして、周囲組織との癒着があり、またその癒着は反復する炎症によりさらに著しくなり、剝離が困難なことが多い⁶⁾。自験例においても、上記の点に注意してまず膀胱に留置したバルーンカテーテルを牽引し、陰壁より切開を加えて、尿路との関係を熟知しながら、尿道括約筋や尿道の損傷のないように全力を挙げた。嚢腫は一部境界が不明の部位もあり、原型のままの摘出は不可能で細かく嚢腫壁のみ切除した部位もあったが、全部摘出することができた。術後8日目にバルーンカテーテルを抜去した。その後の観察でも尿失禁を認めず、膀胱尿道刺激症状も見られない。

結語：排尿困難を伴った Gartner 管嚢腫の1例を経験した。嚢腫は鳩卵大で、尿道の全周を取り囲む位の馬蹄形を呈していた。経腔的嚢腫切除により排尿困難は消失し、性生活も可能となった。さらに尿失禁もみられない。

(本症例の要旨は第383回日本泌尿器科学会東京地方会で発表した。組織所見に対し御教示いただいた国立相模原病院研究検査科科長浅尾武士博士に深謝致します。)

文 献

- 1) Campbell, M. F.: Urology, Campbell and Harrison 3 ed. p.1391, p.1919~1920 W. B. Saunders, Philadelphia, 1970.
- 2) Wolfe, S. A.: Gartner's duct lesions of the cervix. Am. J. Obst. & Gynec., **39** : 312~322, 1940.

- 3) Novak, E. R., Jones, G. S. and Jones, H. W.: Novak's Textbook of Gynecology. 8ed. p.191, p.385, The Williams & Wilkins, Baltimore, 1970.
- 4) Sakuraoka, J. I.: Über der Ductus epoophori longitudinalis (Gartneri) bei japanischen weiblichen Individuen. Mitteilungen über allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, **9** : 179~194, 1937.
- 5) Gadbois, W. F. and Duckett, Jr. J. W.: Gartner's duct cyst and ipsilateral renal agenesis. Urology, **IV** : 720~721, 1974.
- 6) Rhame, R. C. and Derrick, Jr. F. C.: Gartner's duct cyst involving urinary tract. J. Urol., **109** : 60~61, 1973.
- 7) Knudsen, J. B., Brun, B. and Chr. Emus, H.: Familial renal agenesis and urogenital malformations. Scand. J. Urol. Nephrol., **13** : 109~112, 1979.
- 8) Kimbrough, Jr. H. M. and Vaughan, Jr. E. D.: Skene's duct cyst in a newborn; case report and review of the literature. J. Urol., **117** : 387~388, 1977.
- 9) Hinman, F., Jr. and Cohan, W. R.: Gartner's duct carcinoma in a urethral diverticulum. J. Urol., **83** : 414~415, 1960.
- 10) Villasanta, U.: Tumors of mesonephric origin in the female genital tract. Am. J. Obst. & Gynec., **89** : 680~690, 1964.

(1980年11月19日受付)